

Spida

Personalvorsorgestiftung
Bergstrasse 21
Postfach
CH-8044 Zürich
Telefon 044 265 50 50
info@spida.ch
www.spida.ch

Formulaire de demande d'exonér (Veuillez cocher ce qui convient)	ation du pa	niement des contri	butions			
Entreprise / n° de client/e					· 	
Personne assurée (nom prénom) N° d'assuré/e						
État civil ¹ Veuillez joindre une copie du/des jugements /		 □ célibataire □ marié/e □ divorcé/e¹ □ veuf/veuve □ partenariat enregistré 				
Rue n°						
NPA localité						
Incapacité de travail consécutive à une maladie □ un accident □						
Début de l'incapacité de travail						
Le cas échéant, veuillez joindre les documents suivants: - Copie de tous les décomptes d'indemnités journalières de l'assurance maladie, militaire ou accident - Copie de l'inscription et de la décision de l'assurance invalidité fédérale - Copie de la décision de l'assurance accidents / militaire						
La personne assurée reçoit-elle des prestations d'une autre assurance? ☐ Oui ☐ Non					□ Non	
- Si oui, de quelle compagnie?						
Avez-vous déjà introduit une demande à l'assurance invalidité fédérale?					□ Non	
-Si oui, à laquelle?						
Période et étendue de l'incapacité de travail						
Période du	Période ju	squ'au	Incapacité de tr	avail %		



Procuration

J'autorise Spida Fondation de prévoyance, Bergstrasse 21, 8044 Zurich, à demander tout renseignement qui lui semblera justifié, ainsi qu'à accéder aux dossiers correspondants.

Cette procuration doit permettre de contrôler le bien-fondé d'une obligation de fournir une prestation, dans le cadre de la loi sur la prévoyance professionnelle et du règlement de Spida Fondation de prévoyance.

Je libère toutes les personnes et tous les organismes concernés - notamment les médecins, auxiliaires médicales ou médicaux, hôpitaux, établissements de soins, caisses d'assurance maladie, assurances publiques et privées, services administratifs, institutions de prévoyance privées - de leur secret professionnel vis-à-vis de Spida Fondation de prévoyance, mandataire; j'autorise cette dernière à fournir tout renseignement utile.

Lieu et date	Timbre et signature de l'entreprise		
Lieu et date	Signature de la personne assurée		